

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THESE 111
POUR LE
DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Akiwa Jakir SZEPS

Né le 15 janvier 1910 à Piatak (Pologne)

La prophylaxie
DE
quelques maladies infectieuses
aux Ecoles

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Akiwa Jakir SZEPS

Né le 15 janvier 1910 à Piatek (Pologne)

La prophylaxie
DE
quelques maladies infectieuses
aux Ecoles

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MM J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	OBEPPUNG	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Ophtalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie	RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Pathologie chirurgic.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathol. expérimentale
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TROISIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de mon profond amour filial et
de ma reconnaissance pour leur affection et
leurs sacrifices.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait le grand honneur de nous inspirer le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence.

En témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profond hommage.

A MES PROFESSEURS

DES ÉCOLES DE MÉDECINE DE ROUEN, RENNES
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE
ROUEN, DE RENNES ET DE PARIS

INTRODUCTION

Dans les pages qui vont suivre nous passons rapidement sur l'histoire de l'inspection médicale aux écoles en France et nous décrivons longuement la surveillance médicale actuelle aux écoles françaises. Particulièrement, nous étudions l'organisation de l'inspection médicale aux écoles à Paris et dans le département de la Seine. Nous nous occupons de la question que se pose souvent le médecin-inspecteur actuel, c'est-à-dire — le rôle de la prévention, du dépistage et du diagnostic dans l'inspection des écoles et nous arrivons à la conclusion que le médecin-inspecteur moderne doit avoir pour idéal la prévention et que cette prévention doit être le résultat d'une soigneuse interprétation de la feuille de poids, de taille et de la spirométrie. En cas, uniquement quand la prévention sera inefficace, elle doit céder sa place au dépistage et au diagnostic. Celui-ci doit être le résultat d'un examen clinique et radiologique répété. Rapidement nous traitons la prophylaxie classique de la rougeole, coqueluche, scarlatine et de la diphtérie. Nous insistons beaucoup sur la séro-prophylaxie et particulièrement sur la séro-prévention et la séro-atténuation. Nous nous occupons avec le progrès de la vaccination antidiphtérique et particulièrement avec les modifications techniques des injections de l'anatoxine de Ramon et des vaccinations associées. En effet, il faut avouer que les évictions, les prescriptions de l'arrêté ministériel, la prophylaxie classique par les antiseptiques — ne donnent que des résultats très relatifs. La plupart des enfants évincés, contagieux, convalescents ou frères et sœurs de conta-

gieux, vont jouer dans la rue ou dans les jardins publics, ils y retrouvent leurs petits camarades à la sortie de l'école et les contaminent fréquemment et aussi sûrement que si l'éviction n'avait pas été prononcée. Donc, l'efficacité de ces moyens classiques est tout à fait relative. Nous pensons que seule la généralisation des vaccinations au fur et à mesure qu'elles seront découvertes et que leur efficacité et leur innocuité seront bien établies, pourront permettre de supprimer les maladies transmissibles dans les écoles. Nous nous occupons avec la prophylaxie de la tuberculose et nous citons les diverses conceptions des maîtres de la médecine française et étrangère. Nous arrivons à la conclusion que la prophylaxie et la lutte avec la tuberculose scolaire exige une liaison entre le médecin-inspecteur scolaire et les dispensaires anti-tuberculeux, les hôpitaux et les œuvres de préservation de l'enfance. Il est également indispensable de surveiller l'enfant en dehors de l'école et d'éviter la contagion extra-scolaire. Pour éviter la contagion intra-scolaire il faut pratiquer un examen clinique et radiologique systématiquement répété du personnel scolaire. Chaque année le médecin-inspecteur doit faire aux enfants une cuti-réaction et un examen radiologique. La cuti-réaction nous montrera le moment de la primo-infection, pendant que la radiologie fera le diagnostic d'une tuberculose évolutive. Nous insistons sur la nécessité d'un développement des écoles de plein air, des terrains de jeux, d'une diminution de la durée des heures d'étude et augmentation des exercices de plein air, d'une surveillance médicale de l'alimentation des écoliers dont l'insuffisance doit être corrigée à l'école par des repas supplémentaires.

Voilà la conception de la prophylaxie de la tuberculose qui nous a semblé être nécessaire et indispensable pour nos écoles. En effet, c'est de la prophylaxie de la tuberculose que dépend l'avenir et la vie d'un nombre énorme des écoliers qui meurent chaque année comme victimes de la tuberculose.

Dans le dernier chapitre, nous nous occupons de

la syphilis scolaire. La syphilis acquise est peu fréquente à l'âge scolaire, mais l'hérédo-spécificité est très souvent observée. L'hérédo-spécifique est peu contagieux, mais le rôle social que possède la question d'hérédo-spécificité nous oblige de décrire longuement ce problème, si difficile à résoudre. Toutes les fois, nous pensons, que le professeur de l'école trouve un enfant manifestement arriéré psychiquement, ou qui présente des symptômes dystrophiques inexplicables, il doit présenter cet écolier au médecin inspecteur. Celui-ci doit pratiquer un examen clinique et sérologique et si la recherche d'hérédo-spécificité se montre positive, l'enfant doit être traité obligatoirement, même contre la volonté des parents. En effet, le médecin rencontre souvent du côté des parents une opposition impossible à vaincre. Les parents sont incapables de comprendre que leur enfant est un hérédo, dont les lésions encéphaliques, dystrophiques et les dents d'Hutchinson qu'il présente implorent un traitement mercuriel ou arsenical. Nous insistons sur ce manque d'éducation du public actuel, qui considère la syphilis comme une maladie honteuse. Les médecins faisant aux familles la révélation d'hérédo-spécificité risquent d'être mal accueillis. Il faut donc commencer par l'éducation du public qui doit savoir que la syphilis est une maladie comme les autres et qu'il faut la traiter pour guérir. En traitant les hérédo-spécifiques on éliminera de nos lycées une proportion inquiétante d'anormaux éteints ou agités, persécutés ou peréscuteurs. On évitera de laisser aux écoles les enfants qui présentent manifestement des symptômes de confusion mentale et même des associations d'idées démentiellles et qui par un traitement mercuriel ou arsenical peuvent être transformés. Au lieu de punir ces pauvres enfants ou de les considérer comme des paresseux et des indisciplinés, il est préférable de les soumettre à un traitement antisiphilitique médicalement surveillé.

HISTORIQUE

Le premier projet de création d'une surveillance médicale scolaire remonte au 26 juin 1793. Sieyès, Daunou et Lakanal présentèrent à la Convention le premier projet de décret. Si ce projet avait été décrété, la surveillance médicale était établie. Les premiers médecins de lycées apparaissent en 1803 : arrêté du 10 juin 1803 et règlement de 1809. Le proviseur choisit le médecin et le chirurgien attachés au lycée. Le médecin et le chirurgien sont obligés à rendre tous les jours au moins une visite à l'infirmerie et d'en apporter un rapport exact au proviseur. Ils examinent tous les trois mois les élèves du lycée. Dans le cas de maladie contagieuse incurable, l'élève est examiné par le médecin du lycée, dont le rapport est envoyé au recteur, qui fait faire un examen contradictoire par un médecin ou chirurgien nommé par lui, et l'élève est remis à ses parents sur une décision du ministre. Le proviseur peut également séquestrer ou placer provisoirement en ville l'élève atteint en attendant la décision. Sous la Restauration et la Monarchie de juillet, le proviseur est obligé de présenter à l'approbation du ministre la nomination des médecins et chirurgiens scolaires. Mais jusqu'à présent on ne s'occupe que des internats, les écoles primaires n'intéressent pas l'hygiéniste. Il faut citer la thèse du docteur Bourjot soutenue à Paris en 1830 et qui a pour titre : « Essai sur la conduite que doit tenir un médecin attaché à une maison d'éducation ». Bourjot propose la création d'une fiche médicale, qui sera tenue à jour, grâce à des visites trimestrielles. A Paris, en 1834, sur le rapport d'Orfila, un médecin était attaché à chaque école de garçons. Cette institution fut régularisée en 1843 et étendue aux écoles de filles. Le médecin était tenu à une visite hebdomadaire de

chaque école, mais comme aucun crédit ne fut voté, le service ne fut jamais sérieusement organisé. En 1864, Du-vuy, ministre de l'Instruction publique, nomme une commission centrale, chargée de donner son avis sur toute les questions d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique concernant les lycées de l'Empire. Chaque lycée est pourvu d'un médecin chargé de visiter chaque jour à l'infirmerie les enfants malades et de prendre les mesures nécessaires en cas d'épidémie. La loi du 28 juin 1883 charge le comité communal de veiller à la salubrité des écoles. Enfin, en 1789 puis en 1883, le Conseil municipal de Paris organisa définitivement l'inspection médicale des écoles telle qu'elle a existée jusqu'en 1910. En 1883, Jules Ferry, ministre de l'Instruction publique, adressa aux préfets une circulaire suivant laquelle il y aurait dans chaque centre un ou plusieurs médecins chargés de visiter les écoles publiques au double point de vue de la salubrité des bâtiments et de l'état sanitaire des élèves. Ils auraient pour mission de veiller à ce que les conditions hygiéniques soit exactement remplies, d'adresser aux maîtres et aux familles des conseils opportuns et de fournir à l'occasion des renseignements utiles à l'administration. La loi du 30 octobre 1886 (chap. II, art. 9) sur l'organisation de l'enseignement déclare : L'inspection est exercée au point de vue médical par des médecins-inspecteurs communaux ou départementaux. Le décret du 18 janvier 1887 sur l'enseignement primaire ajoute (art. 141) : Les médecins doivent être agréés par le préfet leur inspection ne peut porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire. En 1930, M. Charléty, recteur de l'Académie de Paris, à l'instigation du docteur Chailley-Bert, a rendu obligatoire dans les établissements secondaires de garçons de son ressort un livret sanitaire qui peut être rempli par le médecin de famille ou le médecin du lycée. Pour les écoles primaires, de nombreux projets ont été soumis au Parlement. En 1931, le Docteur Legros a présenté au nom de la Commission d'Hy-

giène de la Chambre le projet de rendre obligatoire l'inspection et la surveillance médicale des écoles en France. Actuellement en France des départements tels que le Doubs, l'Oise, les Basses-Pyrénées, Seine-et-Marne, Seine ; des grandes villes, Paris, Lyon, Nice, Bordeaux, Nancy, Tourcoing, Le Havre, Strasbourg, Saint-Etienne, etc., et de nombreuses communes ont organisé une inspection médicale parfaitement développée. Ce service est fait dans certaines villes par des médecins fonctionnaires chargés des services d'hygiène en même temps que de l'inspection médicale des écoles. Dans d'autres il est confié à des médecins praticiens. A Paris, ce service a été organisé par les arrêtés du 13 juin 1879 et du 15 décembre 1883 et réorganisé en 1913 à la suite du rapport du docteur Guibert. La ville est divisée en 180 circonscriptions de 1.000 enfants environ ayant chacune à leur tête un médecin-inspecteur. Il en est de même pour toutes les communes du département de la Seine. Les médecins sont nommés à la suite d'un concours. Pour la préparation des candidats au concours, des cours sont organisés au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine par M. le professeur Tanon. L'inspection médicale des écoles de Paris et du département de la Seine était réglée le 25 septembre 1913 et les articles de ce règlement sont encore actuellement en vigueur. L'inspection des *écoles publiques* est faite par des médecins-inspecteurs, qui sont obligés à remettre au maire de l'arrondissement une note indiquant leur domicile et les jours et les heures de visite dans les écoles dont ils ont la surveillance. Un registre spécial est mis, dans chaque école publique, à la disposition du médecin-inspecteur pour y consigner les résultats de ses inspections (articles 1 et 2). Toute école publique doit recevoir hebdomadairement la visite du médecin-inspecteur au jour et à l'heure qu'il a fixés. Toutes les opérations de l'inspection médicale s'accomplissent exclusivement à l'école même. Le médecin-inspecteur doit procéder à un examen des locaux de l'école publique et faire des observations ou des recommandations au directeur ou

à la directrice si l'état des locaux les lui suggère. Il doit visiter la cantine scolaire et s'assurer de la qualité des aliments et de leur mode de préparation (articles 3 et 4). Le médecin scolaire examine dans un cabinet spécial : les enfants qui lui sont signalés par le directeur ou la directrice comme présentant des symptômes d'indisposition et aussi ceux qu'il a désiré d'examiner plus particulièrement, au cours de sa visite dans les classes. Egalement les enfants qui désirent une réadmission après une absence pour cause de maladie lui doivent être présentés. Après sa visite, le médecin scolaire consigne sur le registre spécial à ce destiné le résultat de ses constatations. Il inscrit ensuite les noms des enfants chez lesquels il a reconnu des symptômes d'indisposition qui motivent le renvoi de ces enfants dans leur famille. Il doit également indiquer si cette indisposition est contagieuse. Si, au cours d'une visite, le médecin-inspecteur constate chez un écolier une affection qui nécessite une surveillance ou des soins particuliers, il remet à cet enfant un bulletin spécial et qui est destiné à la famille. Il doit toujours s'abstenir de toute autre intervention qui est du ressort du médecin traitant (articles 5, 6 et 7). Les enfants chez lesquels le médecin-inspecteur a reconnu les symptômes d'une affection contagieuse sont immédiatement renvoyés chez leurs parents avec une lettre d'avis, sous pli cacheté, indiquant le motif de ce renvoi. Si, dans l'intervalle des visites du médecin-inspecteur, un enfant se trouve indisposé pendant son séjour à l'école, le maître de la classe en donne immédiatement avis au directeur. Après avoir examiné et interrogé l'enfant, le directeur, s'il croit reconnaître quelques symptômes d'une maladie contagieuse, renvoie l'enfant chez ses parents en faisant connaître le motif du renvoi par une lettre. La réadmission des enfants à l'école après une absence pour cause de maladie, doit avoir lieu dans les conditions suivantes :

a) après une absence de trois à cinq jours de classe consécutifs, l'élève peut être admis, sauf s'il y a présomption qu'il ait été atteint d'une maladie contagieuse.

b) après une absence de plus de cinq jours de classe consécutifs, l'élève ne peut être admis que sur autorisation du médecin-inspecteur (art. 8, 9 et 10). Le médecin-inspecteur procède à l'examen individuel des enfants au moment de leur admission à l'école primaire. Il doit être effectué dans les trois mois de la rentrée des classes et renouvelé, en ce qui concerne les suspects, avant la fin de l'année scolaire. Tout enfant admis pour la première fois à l'école primaire dans le courant de l'année doit être examiné dans le mois qui suit son entrée. L'examen porte sur la constitution générale, les facultés sensorielles, la dentition, le cuir chevelu et les infirmités apparentes. Il est complété par les mensurations de la taille, du poids et facultativement du périmètre thoracique (art. 11 et 12). Les résultats de l'examen individuel des enfants sont consignés sur une fiche spéciale qui constitue le casier sanitaire de l'élève. Cette fiche contient le relevé de toutes les maladies épidémiques ou contagieuses survenues pendant la période scolaire et, si possible, de celles contractées avant cette époque même. Lorsqu'un élève vient à quitter une école pour entrer dans une autre, la fiche sanitaire est transmise au médecin-inspecteur de la circonscription à laquelle appartient la nouvelle école (art. 13). Chaque année il est procédé par le médecin-inspecteur à la revaccination des enfants des écoles publiques dans leur onzième année qui n'ont pas été revaccinés par les soins de leur famille. Le médecin-inspecteur adresse pour chaque mois, à la direction de l'enseignement, un rapport sur la situation hygiénique et sanitaire de l'école. Ce rapport signale les causes d'insalubrité pouvant résulter du voisinage, les résultats de la revaccination, les résultats généraux de l'examen individuel des enfants, les modifications dont paraissent susceptibles les locaux et le mobilier et les faits importants

observés en cours d'année et de nature à intéresser soit l'hygiène des écoles, soit la santé des écoliers. Lorsque, à la suite d'une visite, le médecin-inspecteur n'a aucune observation à présenter ni aucune demande à formuler, il signe une feuille sur laquelle doit figurer la mention : « *Etat sanitaire satisfaisant* » (art. 15 et 17). Les médecins-inspecteurs visitent également les établissements scolaires privés une fois par trimestre et lorsqu'ils y sont invités par le directeur de l'enseignement primaire. L'inspection porte uniquement sur la santé des enfants, l'entretien des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire. Au cours de sa visite, le médecin-inspecteur présente au directeur de l'école les observations que lui ont suggéré l'état des locaux et la situation sanitaire des enfants. A la fin de l'année scolaire, le médecin scolaire fournit au directeur de l'enseignement primaire un rapport général sur les écoles privées de la circonscription dont il est chargé. Voilà comment se présente actuellement la surveillance médicale aux écoles à Paris et dans le département de la Seine. La France n'a pas négligé l'organisation de l'inspection médicale scolaire dans ses colonies. En Algérie, particulièrement à Alger, au Maroc, où elle a été organisée par le maréchal Lyautey, et à Tunis, existe une surveillance médicale scolaire parfaitement développée.

I. — CONCEPTION ACTUELLE DE LA PRÉVENTION DU DÉPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC DANS L'INSPECTION SCOLAIRE

La base, le principe directeur, le fondement de l'inspection médicale scolaire doit être la prévention et le « dépistage » des maladies infectieuses ou de la déficience de l'état général des enfants au début des manifestations des premiers signes. En effet, notre idéal est de prévenir, de ne pas attendre que l'enfant soit malade, de faire le nécessaire pour qu'il ne le devienne pas. La *prévention* et le dépistage, voilà le rôle principal de l'inspection médicale scolaire. Parmi les maladies des écoliers, il faut distinguer les maladies à importance individuelle, dont la découverte par le médecin-inspecteur est utile uniquement pour l'enfant lui-même, parce que, n'étant pas transmissibles, elles n'ont aucune importance sociale : cardiopathies, hernies, déviations vertébrales, etc. Beaucoup plus graves au point de vue social sont les maladies infectieuses, insidieuses et transmissibles. Elles deviennent la source des foyers de contagion et en créent d'autres — surtout quand l'enfant reste en rapport avec les autres enfants. Le but des inspections médicales doit donc être la prévention, et uniquement quand elle sera inefficace elle cèdera sa place au diagnostic et au dépistage. Pour obtenir le maximum de résultats d'une prévention vraiment efficace, l'inspection médicale des enfants doit compter avec les données cliniques suivants :

Noter régulièrement pendant plusieurs années le poids et la taille de l'enfant. Le médecin se rendra compte si l'enfant a grandi et grossi beaucoup plus que la moyenne des enfants de son âge; il notera : enfant en avance sur

son âge en ce qui concerne le poids et la taille. Au lieu de l'énumération des chiffres, il est beaucoup plus commode et plus simple de reporter ces chiffres sur une échelle graduée comportant la moyenne des poids et des tailles et de faire un graphique. Cela permettra au médecin d'étudier rapidement le rapport entre la croissance et le poids de l'enfant et de comparer ce graphique au graphique moyen et de l'interpréter. Au premier coup d'œil le médecin sera alors renseigné sur l'état général du petit écolier. Le médecin notera avec attention si le poids et la taille continuent régulièrement leur marche ascendante — ou s'il y a une disproportion entre le poids et la taille et si ce déséquilibre s'accroît d'année en année. Le médecin doit alors signaler aux parents cette inquiétante disproportion entre le chiffre de la taille et celui du poids, d'attirer leur attention, de les mettre en garde et de les conseiller de faire reposer l'enfant. Il faut se rappeler toujours que c'est pendant l'enfance que les infections et particulièrement la tuberculose trouvent leur terrain le plus favorable. Les expériences de la vie quotidienne ont montré que la tuberculose reste pendant de longues années latente et ne se manifeste par des signes évolutifs que vers la 18^e à la 24^e année, alors que le petit écolier est devenu un étudiant. De plus, il faut prendre la capacité respiratoire et noter soigneusement si elle reste égale, au-dessus ou au-dessous de la moyenne. Noter également les hypertrophies ganglionnaires et l'état des amygdales. Les cardiopathies, les hernies et les déviations de la colonne vertébrale — leur dépistage et diagnostic — nous le répétons ont une valeur strictement individuelle, mais, n'étant pas contagieuses, n'ont aucune importance sociale. L'auscultation systématique est un mode d'exploration qui donne de très médiocres résultats en inspection des écoliers. Les signes d'auscultation sont toujours tardifs, insuffisants pour permettre un diagnostic et disparaissent sans laisser de traces. Au contraire, la radioscopie et la radiographie sont capables de nous diagnostiquer rapidement et précocement

l'adénopathie trachéo-bronchique, les travées hilaires, etc. — manifestations qui sont les signes précurseurs d'une tuberculose évolutive ultérieure et qui se laissent rapidement influencer par les traitements généraux. Dans les préventoriums, c'est l'aspect radiologique des ombres hilaires qui doit juger de l'efficacité de la cure et qui est beaucoup plus important que la disparition des adénopathies cervicales. L'examen radioscopique en série doit donc être fait systématiquement chez les enfants. Ce sont les progrès de la radiologie et la croissance du nombre des installations radiologiques qui nous donneront les meilleurs résultats en ce qui concerne le « diagnostic précoce » et le dépistage.

L'inspection médicale des écoles doit donc avoir pour idéal la prévention. Cette prévention doit être le résultat d'une soigneuse interprétation de la feuille de poids, de taille et de la spirométrie. Les résultats de cet examen doivent toujours être transmis aux parents dans un fascicule spécial. Dans les cas où la prévention sera inefficace, elle cèdera sa place au dépistage et au diagnostic : celui-ci doit être le résultat d'un examen clinique et radiologique soigneusement et patiemment dirigé. Toutes les fois qu'il s'agira d'affections banales, n'intéressant pas le secret professionnel, il sera transmis aux parents directement dans un fascicule spécial; dans le cas contraire, une carte-lettre fermée doit servir à les renseigner. Voilà la conception actuelle que nous avons de la prévention, du dépistage et du diagnostic dans l'inspection médicale des écoles.

II. — LA PROPHYLAXIE CLASSIQUE ET MODERNE DES PRINCIPALES MALADIES CONTAGIEUSES A L'AGE SCOLAIRE

L'âge scolaire est habituellement celui des maladies infectieuses. Elles sont si fréquentes chez les écoliers qu'on les appelle souvent « maladies scolaires ». La plupart d'entre elles sont contagieuses dès le début (dès le premier éternuement dans une rougeole, par exemple). Le médecin et le professeur de l'école doivent donc s'appliquer de les dépister le plus tôt possible et prendre rapidement les mesures nécessaires s'ils veulent éviter une épidémie scolaire. La maladie contagieuse peut se transmettre directement d'un sujet à l'autre : c'est la contagion directe. Elle peut également se transmettre en façon indirecte : par exemple par les objets contaminés par le malade : c'est alors la transmission indirecte. Certaines maladies infectieuses possèdent un pouvoir de se propager directement et à la fois indirectement, comme par exemple la scarlatine : les objets contaminés sont capables de transmettre la scarlatine aux sujets qui les utilisent, mais la scarlatine peut aussi contaminer directement les sujets qui se trouvent en contact avec un scarlatineux. Ce fait tient probablement à ce que le virus de la scarlatine possède une forte vitalité et une grande résistance. Il est capable en effet de vivre et de résister longtemps sur les objets inertes. Le virus de la rougeole possède au contraire une très faible vitalité en dehors de l'organisme. La maladie se propage uniquement en façon directe. Les objets ayant servi à un rougeoleux ne peuvent être considérés comme dangereux. Le professeur Trillat a démontré le rôle de l'air dans la transmission des maladies infectieuses. Il a démontré que la présence dans l'air

de fines gouttelettes de brouillard et aussi de gaz organiques constitue un milieu excellent pour le développement et la propagation des microbes. Donc contre la contagion directe il faut pratiquer le plus précocement possible l'isolement du malade. Contre la contagion indirecte il faut opposer la désinfection soigneuse des locaux et de tout ce qui aura servi au malade.

Fièvres éruptives

Ce sont des maladies infectieuses, dont la fréquence est extrême à l'âge scolaire. Leur virus est inconnu, mais leur nature infectieuse est sûre. Cliniquement elles sont caractérisées par la présence d'une éruption sur la peau, ou exanthème, qui est presque toujours précédée par l'apparition d'une éruption sur les muqueuses ou *enanthème*. Cet enanthème a une importance capitale car il permet le diagnostic et l'isolement précoce du malade. Ces fièvres éruptives confèrent l'immunité. Mais le médecin doit toujours avoir à l'esprit qu'à côté de ces formes classiques avec exanthème et enanthème facilement reconnaissables, il existe des formes très légères, réduites à une angine banale, ce sont les formes dites « frustes » qui sont souvent la source de nombreuses contagions. Les médecins doivent donc toujours penser à ces « porteurs de germes » qui, sous le masque d'une angine simple, d'un malaise général *inexplicable*, deviennent l'origine d'une épidémie grave. Généralement, on peut dire que la prévention vis-à-vis des fièvres éruptives comprend :

a) L'isolement : la durée de l'isolement varie avec chacune d'elles et a été réglée par les arrêtés du 3 février 1912, 13 juillet 1927 et 19 février 1931.

b) La désinfection du malade et des locaux.

c) La délivrance d'un certificat médical établissant que le sujet n'est plus contagieux et peut reprendre la vie collective à l'école ou au lycée sans danger pour ses camarades.

d) L'éviction des frères et sœurs pour un temps déterminé et variable avec la maladie.

Au point de vue clinique, il faut diviser l'évolution des fièvres éruptives en quatre périodes, dont la durée est extrêmement importante à savoir pour le médecin, qui est obligé de déterminer le temps d'isolement du malade et d'éviction des frères et sœurs.

a) *Incubation* : c'est le temps qui s'écoule entre le moment de la contagion et celui où apparaissent les premiers symptômes cliniques.

b) *Invasion* : premiers symptômes généraux du début de la maladie.

c) *Eruption*.

d) *Desquamation*.

La Scarlatine

Les contagions directe et indirecte sont possibles. Il faut savoir que la contagion indirecte peut se faire à de grandes distances et pendant des semaines et des mois par des objets contaminés par les scarlatineux. L'incubation dure 3-4 jours. L'invasion 1-2 jours. Le premier symptôme clinique évident est souvent une forte angine, caractéristique de l'angine scarlatineuse. Faire attention aux complications redoutables de cette maladie et particulièrement aux otites si fréquemment observées chez les enfants. L'éruption dure 5-6 jours, la desquamation une à huit semaines. Il faut savoir que les squames peuvent semer et propager la maladie. Le délai d'éviction du malade : 40 jours. Le certificat médical doit indiquer que le malade n'est plus contagieux et qu'il n'existe plus de traces ni de croûtes, ni de squames. Ce chiffre de 40 jours est très relatif. En effet, le professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, a démontré récemment que les scarlatines avec complications, comme par exemple les scarlatines compliquées

des otites suppurantes, peuvent rester contagieuses pendant deux mois et davantage. Par contre, il y a des scarlatines bénignes qui au bout d'un mois semblent n'être plus contagieuses. Donc, c'est l'esprit clinique et l'intelligence du médecin qui doivent décider du délai d'éviction du malade. Les frères et les sœurs ayant eu antérieurement la scarlatine peuvent rentrer sans délai à l'école, présentant uniquement un certificat médical, attestant qu'ils ont déjà été atteints de cette maladie. S'ils n'ont jamais eu la scarlatine et si le malade n'a pas été isolé, ils rentreront en même temps que lui. Si le malade a été isolé, ils rentreront après un délai correspondant au temps d'incubation augmenté de deux jours au minimum, soit huit jours. Il est toujours indispensable de faire la désinfection des locaux et des objets contaminés. Antisepsie de la gorge. Antisepsie de la muqueuse nasale. Application de la méthode classique de Milne : friction bi-quotidienne, puis quotidienne, sur toute la surface du corps du malade, y compris le cuir chevelu, avec de l'essence d'eucalyptus. Badigeonner la gorge et le pharynx, matin et soir, avec de l'huile ou de la glycérine phéniquée à 1/10 ou 1/20. La sérothérapie possède une action préventive et curative. On utilise le sérum de l'Institut Pasteur qui est surtout antitoxique, mais il faut savoir qu'il agit uniquement sur l'infection scarlatineuse elle-même, mais non sur les complications. On préconise aussi souvent le sérum de convalescents comme préventif et beaucoup plus fréquemment comme curatif.

La Rougeole

La plus importante est ici la contagion directe. La contagion indirecte est nulle. Le virus, en effet, meurt rapidement en dehors de l'organisme. L'incubation dure deux semaines environ. La période d'invasion est caractérisée par un catarrhe des muqueuses oculaires et nasales qui représente l'œnanthème. Cette période doit particulièrement atti-

rer l'attention du médecin. Il faut se méfier des rhinites, trachéites ou bronchites d'apparence banales, parce que ce sont elles qui deviennent l'origine d'épidémies graves. L'éruption dure deux jours et est suivie de desquamation. Surveiller toujours l'apparition possible des complications et particulièrement la broncho-pneumonie et l'otite doivent attirer l'attention du médecin. La durée d'éviction des malades est de seize jours. Les frères et sœurs ayant eu antérieurement la rougeole rentreront sans délai à l'école, pourvus d'un certificat médical attestant qu'ils ont déjà été atteints de la même maladie. Ceux qui ne l'ont pas eue rentreront, si le malade a été isolé, au bout de 18 jours, c'est-à-dire le temps moyen de l'incubation, augmenté de quatre jours. Veiller au bon état de la cavité bucco-pharyngée du malade : lavages fréquents de la bouche. Introduction d'huile ou de vaseline eucalyptolée dans le nez. Lavage des yeux. Entretenir le bon état de la peau par quelques frictions à l'eau de Cologne ou à l'alcoolat de lavande. Une place particulière il faut faire à la sérothérapie, dont on parle actuellement beaucoup. On utilise le sérum des convalescents. *La séro-prévention* consiste à enrayer l'apparition de l'infection morbillieuse par la sérothérapie. En effet, le sérum injecté dans les premiers cinq jours de l'incubation est capable de faire avorter l'apparition de la rougeole. La dose à injecter pour une séro-prévention varie suivant l'âge : 3 cm³ chez les enfants de moins de trois ans ; 3-6 cm³ chez les enfants de 3 à 6 ans ; 6-8 cm³ chez les grands enfants. *En général* 1 cm³ par année d'âge. Si on injecte le sérum dans la deuxième partie de l'incubation, vers le 7^e, 8^e ou 9^e jour, il est alors incapable d'empêcher l'apparition de la rougeole. La rougeole apparaît, mais ses symptômes sont très atténués, sans complications et confère une immunité active, durable et aussi prolongée que celle que confère une rougeole normale. Cette sérothérapie, capable uniquement à atténuer les symptômes cliniques de la rougeole, mais impuissante de la faire avorter, on l'appelle séro-atténuation.

La Coqueluche

C'est une maladie contagieuse caractérisée par une toux convulsive. L'incubation dure une huitaine de jours, puis apparaît une trachéo-bronchite avec raucité de la voix, chatouillement dans la gorge, il y a peu de fièvre. Cette période, connue sous le nom « catarrhale », dure huit à quinze jours, puis survient la période des quintes, qui dure quatre à cinq semaines. Enfin, on voit les quintes s'espacer de plus en plus et le petit malade entre dans la période de convalescence. L'enfant doit être éloigné de l'école trente jours après le début des quintes. Le médecin traitant délivre un certificat, attestant que l'enfant n'est plus dangereux pour la vie collective. C'est en se basant sur ce certificat que le directeur de l'école peut faire la réadmission de l'enfant malade. Les frères et sœurs, si le malade a été isolé, sont réadmis à l'école au bout de vingt et un jours. Ce délai, relativement long, est nécessaire, les quintes apparaissant assez tardivement dans certains cas de coqueluche. Donc isoler l'enfant malade le plus tôt possible et se rappeler toujours que la coqueluche est contagieuse surtout à la période catarrhale du début. Désinfecter les objets souillés par les coquelucheux. Faire la séro-prophylaxie avec le sérum des convalescents et la vaccination préventive.

La Diphtérie

La diphtérie est une maladie infectieuse due au bacille de Klebs et Loeffler. Ce microbe se localise ordinairement sur les muqueuses de la partie supérieure des voies respiratoires, en particulier sur les amygdales, les piliers, le voile du palais, où il donne naissance à une angine pseudo-membraneuse, et parfois il se propage au larynx créant une laryngite diphtérique avec formation des pseudo-mem-

branes capables d'obstruer complètement le larynx et de produire l'asphyxie. En même temps on voit apparaître des phénomènes généraux traduisant l'intoxication de l'organisme par la toxine sécrétée par le microbe.

Prophylaxie : Il faut toujours isoler les malades, mais il est très difficile à réaliser l'isolement et la désinfection des « porteurs de germes », qui restent, comme les malades mêmes, très dangereux pour la vie sociale. Faire des instillations et des pulvérisations pharyngées et nasales avec des solutions antiseptiques. Lorsqu'il s'agit de préserver rapidement les enfants d'une famille ou d'une école, on pratiquera la *séro-prophylaxie* : 10 cc. de sérum purifié, débarrassé de ses albumines conféreront une immunité passive et transitoire d'une vingtaine de jours environ. La méthode de choix est actuellement la vaccination par l'anatoxine de Ramon, qui confère aux enfants réceptifs et sensibles à la maladie une immunité active et durable. Au besoin on peut sélectionner ces enfants sensibles à l'aide de la réaction de Schick. L'anatoxine est la découverte la plus importante de Ramon, c'est une toxine transformée par le formolage à 3 à 4 % et le chauffage ensuite à 40° pendant un mois. Cette toxine transformée perd ainsi son pouvoir toxique et conserve uniquement son pouvoir antigénique, c'est-à-dire elle reste capable d'immuniser et de former dans notre organisme des antitoxines. La méthode classique consiste d'injecter à partir de l'âge d'un an, aux doses de 1/2 cc. puis 15 à 20 jours après 1 cc. et 15 à 20 jours ensuite à la dose de 1 cc. Ramon a dernièrement formé une anatoxine d'un très fort pouvoir antigénique. Deux injections de cette anatoxine suffisent à conférer une immunité active. On injecte 1 cc. de cette anatoxine pendant la première injection et trois semaines après on injecte 2 cc.

Les réactions générales et locales sont d'autant moins intenses que l'enfant est plus jeune. Dans la très grosse majorité des cas, les réactions locales disparaissent rapidement et la température n'atteint que rarement 39°. L'immunité

est acquise dans la proportion de 98 %. On a signalé des cas de diphtérie chez les enfants vaccinés, mais dans une proportion minime, 2 %. La vaccination antidiphtérique obligatoire et systématique fera donc disparaître la diphtérie, vaincue par le progrès de la science. L'éviction des élèves malades est de trente jours après guérison clinique constatée par certificat médical. Ce délai peut être abaissé si, après deux ensemencements opérés à huit jours d'intervalle, l'examen bactériologique est négatif. Les frères et sœurs du malade peuvent être admis sans délai à l'école sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a été vacciné contre la diphtérie par l'anatoxine ou qu'il a reçu, à l'occasion de la diphtérie du malade, une injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique, ou de 1.000 unités d'antitoxine purifiée. En dehors de ces cas, la réadmission des frères et sœurs du malade a lieu :

a) Si le malade n'a pas été isolé, ses frères et sœurs rentrent en même temps que lui.

b) Si le malade a été isolé, la réadmission des frères et sœurs a lieu après un délai correspondant à la période d'incubation de la maladie augmenté de deux jours.

Donc pour la diphtérie la réadmission se fait 15 jours après l'isolement, sauf production d'un certificat bactériologique établissant qu'après deux ensemencements à huit jours d'intervalle le résultat est négatif.

En résumé : Employer le sérum antidiphtérique, purifié qui, à petites doses, ne produirait pas d'accidents sériques, quand il faut obtenir une immunité rapide. Mais, quand on dispose d'un certain temps pour conférer l'immunité (celle-ci est généralement réalisée en quatre à six semaines avec l'anatoxine), il faut employer le vaccin ou anatoxine de Ramon. Deux injections sous-cutanées dans la fosse sus-épineuse : une première de 1 cc., une seconde de 2 cc. trois semaines après, suffisent pour conférer l'immunité, parce que l'anatoxine actuelle possède un très grand pouvoir antigénique.

Une courte mention pour la « *vaccination associée* » dont on se préoccupe beaucoup aujourd'hui. On a proposé d'associer le vaccin antidiphthérique avec d'autres vaccins, comme par exemple d'associer l'anatoxine antidiphthérique au vaccin antityphoïdique, ou à l'anatoxine antitétanique. On injecte par exemple : dans deux points différents de l'organisme 1 cc. de l'anatoxine antitétanique et 1 cc. de l'anatoxine antidiphthérique. Trois semaines après on injecte 2 cc. de l'anatoxine antitétanique et 2 cc. de l'anatoxine antidiphthérique également dans deux points différents du corps. L'élaboration des antitoxines est alors beaucoup plus active et les résultats sont très intéressants.

III. — LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. Genevrier (de Paris) : dans son rapport à la V^e Conférence de l'Association internationale de pédiatrie démontre que la fréquentation scolaire obligatoire a une influence très favorable pour l'organisation de la prophylaxie anti-tuberculeuse. L'examen clinique des écoliers est, d'après lui, insuffisant et doit être complété par la radioscopie. Parfois — dit-il — une observation prolongée est nécessaire pour trouver la cause de la déficience de l'état général, de la cachexie inexplicable. Le médecin scolaire est donc incapable cliniquement de préciser ces diagnostics délicats et peut uniquement les soupçonner. Pour faire un diagnostic précoce et de précision, il est indispensable que le médecin collabore avec le dispensaire spécialisé. L'examen radioscopique systématiquement pratiqué a démontré à M. Genevrier le peu de fréquence des tuberculoses évolutives et contagieuses de l'enfant : 1 cas sur 1.000 ou 1.500 écoliers. La *cuti-réaction* est une épreuve biologique très utile pour éliminer la tuberculose de syndromes pulmonaires à symptomatologie clinique et radiologique analogue. Une cuti-réaction négative nous affirme qu'il ne s'agit pas de tuberculose chez le petit écolier malade. Le nombre des réactions positives chez les écoliers augmente au fur et à mesure qu'ils subissent un contact infectant. Les nombreuses observations des médecins étrangers et l'observation personnelle de M. Genevrier démontrent le rôle infectant et très important des adultes contagieux vivant avec des écoliers. Les enfants débiles et qui possèdent une cuti-réaction négative doivent rester sous la protection des établissements de prophylaxie qui sont capables de défendre

ces êtres fragiles d'une tuberculose évolutive grave. La cuti-réaction doit être soumise à une interprétation minutieuse du côté du médecin scolaire. Celui-ci doit savoir que c'est impossible de confondre un enfant à cuti-réaction positive et sans lésions cliniquement et radiologiquement appréciables, avec un écolier qui présente une lésion bacillaire évolutive nette. M. Genevrier pense que la contagion de l'enfant d'âge scolaire est rarement provoquée par un écolier tuberculeux et que le plus souvent elle est due au personnel enseignant ou au personnel de service. La proportion des maîtres tuberculeux paraît environ 1 %. En effet, la visite médicale unique que doivent subir les futurs instituteurs a lieu lors de l'entrée à l'Ecole Normale. C'est donc un mode de protection insuffisant et incapable de protéger les petits écoliers contre une tuberculose évolutive méconnue d'un de ses maîtres. Les visites médicales répétées chaque année des instituteurs et du personnel de service sera l'unique prophylaxie vraiment efficace, capable de préserver ces faibles organismes des enfants d'être la proie d'une tuberculose ultérieure. Les congés de longue durée qu'on accorde actuellement aux instituteurs (cinq années) avec traitement ont particulièrement renforcé la prophylaxie scolaire, mais malheureusement on a laissé aux instituteurs malades le soin de demander un examen médical, ce qui permet qu'une affection contagieuse reste pendant longtemps méconnue. Donc une visite médicale répétée et obligatoire à tout le personnel scolaire doit être imposée, ce qui nous permettra d'obtenir des jeunes écoliers sains et de diminuer au minimum les risques de contagion. Sauf cette contagion intrascolaire, il faut encore savoir qu'il existe la contagion extra-scolaire et particulièrement la contamination familiale qui est malheureusement la plus fréquente et avec laquelle la lutte est la plus dure.

Pour préserver le petit écolier de la tuberculose, il est indispensable d'avoir une bonne organisation de l'inspection médicale scolaire et une collaboration intime et cons-

tante de cette organisation avec les œuvres sociales. Elles doivent avoir toutes le même but : *La lutte avec la tuberculose*.

En particulier, il faut que le médecin scolaire soit en contact avec le dispensaire d'hygiène sociale. Le médecin doit favoriser le développement physique des enfants, rendre l'école salubre, organiser des terrains de jeux, développer les colonies de vacances, augmenter le nombre des écoles de plein air et des préventoria, parce que de toutes ces organisations dépend la santé et l'avenir de la jeunesse actuelle.

M. Kleinschmidt (de Cologne) : Démontre que la source de contagion des enfants scolaires est le plus fréquemment un adulte, comme par exemple un instituteur malade. En effet, il montre que le nombre des enfants tuberculeux augmente dans les écoles enseignées par des maîtres malades. Les agents extra-scolaires (familiaux et extra-familiaux) sont aussi extrêmement importants. La contamination par les enfants tuberculeux fréquentant l'école est secondaire et difficile à interpréter. La tuberculose évolutive, cliniquement nette, est rare à l'âge scolaire. M. Kleinschmidt se préoccupe de la question des « émetteurs méconnus de bacilles » et il cite les enfants porteurs de B. K. et chez lesquels le bacille n'est mis en évidence que par lavage gastrique ou examen des selles. Mais il n'est pas prouvé — ni cliniquement, ni expérimentalement — que ces « émetteurs méconnus de bacilles » soient capables de contaminer leurs camarades. L'âge scolaire semble moins favorable pour le développement d'une tuberculose évolutive que la première enfance ou la puberté. L'enfant semble avoir à l'âge scolaire un certain degré de résistance passagère. Mais, d'après M. Kleinschmidt, il faut particulièrement redouter chez les écoliers la *surinfection*, capable de réduire leur résistance et les exposer à être la proie d'une tuberculose évolutive rapide. Pour cela, il considère les contaminations répétées par les maîtres et les camarades contagieux en permanence comme les plus dangereux.

ses. Le diagnostic de la tuberculose des enfants scolaires doit avoir pour base la cuti-réaction et l'examen radiologique systématiquement répétés. En cette façon, on se rendra compte de la primo-infection et des formes évolutives. En ce qui concerne les maîtres, M. Kleinschmidt conseille également un examen médical clinique et radioscopique répété. L'infection intra-scolaire peut être évitée par une surveillance médicale, mais beaucoup plus difficile est la lutte avec la contagion extra-scolaire — familiale ou domiciliaire — qui cause des surinfections graves et difficilement évitables. M. Kleinschmidt pense que c'est l'éducation populaire seule, commencée déjà à l'école même, par un enseignement approprié, qui est capable d'éviter ces contagions extra-scolaires. En effet, elles sont les plus dangereuses, parce qu'elles sont la cause d'infection massive et permanente. La *prophylaxie individuelle* a également une importance considérable. Il faut améliorer les conditions économiques et hygiéniques des écoliers, envoyer les malades ou suspects dans des maisons de cure, créer des séjours de vacances et de convalescence. Surveiller attentivement les enfants fragiles, récemment infectés ou exposés d'une façon permanente à une infection tuberculeuse.

M. J.-H. Tuntler : cite la loi votée le 7 décembre 1934 et appliquée le 1^{er} janvier 1935 en Hollande, soumettant le personnel des écoles à un examen médical très sévère et obligatoire, applicable aussi bien au personnel enseignant qu'au personnel de service. Cet examen est obligatoirement répété lors de chaque changement de situation et peut être pratiqué de nouveau à l'instigation de l'inspecteur d'hygiène.

M. Noggevath (de Leipzig) : démontre l'importance pour le dépistage et le diagnostic précoce de la tuberculose, de la cuti-réaction systématique et de la radioscopie; c'est la cuti-réaction qui montrera la primo-infection et la radioscopie nous renseignera sur les formes évolutives de la tuberculose. Il s'occupe également des « émetteurs méconnus de bacilles », c'est-à-dire des enfants ayant des ba-

cilles dans leur liquide gastrique, mais ne toussent pas. M. Noggevath considère leur rôle de contagion comme discutable.

M. Opitz (de Berlin) : étudie également les « émetteurs de B. K. masqués ». D'après lui ils sont surtout fréquents pendant les quatre premières années de la vie et deviennent rares à l'âge scolaire. Il considère ces enfants comme des agents très peu contaminants, mais il conseille que pratiquement il faut éliminer ces enfants et les réadmettre après trois examens négatifs successifs. Très intéressante est la conception de la prophylaxie de la tuberculose.

De MM. Lesné et G. Dreyfus-Sée (de Paris) : d'après eux, l'examen médical scolaire doit être complété par une collaboration avec les organismes d'hygiène et de prophylaxie de la tuberculose. La présence de bacilles dans les crachats ou dans le liquide gastrique de l'enfant doit faire éliminer celui-ci de l'école. Pour le dépistage de la tuberculose, ils conseillent la cuti-réaction systématique de tous les enfants et l'*examen radioscopique* des suspects. Ils démontrent également la nécessité absolue d'un examen clinique et radiologique répété du personnel scolaire, aussi bien dans les établissements libres que dans les officiels. Ils insistent sur l'hygiène indispensable des locaux, sur l'hygiène de la vie scolaire. Supprimer le surmenage et augmenter la gymnastique. Surveiller l'alimentation des écoliers, donner des repas supplémentaires aux indigents. Augmenter le nombre des maisons de convalescence et de cure préventoriale.

M. Nuzzi (de Rome) : présente l'organisation de l'Ente Nationale fasciste mutualiste scolaire en Italie qui est une sorte d'assurance contre la tuberculose applicable aux écoliers et aux instituteurs. De cette façon, pense M. Nuzzi, on peut appliquer la prophylaxie et le traitement de la tuberculose, sans charger le budget de l'Etat. Il vise également à diminuer les frais de cure par l'application stricte des mesures préventives.

M. Lestocquoy (de Paris) : fait remarquer la dyshar-

monie qui existe entre les nombres publiés concernant les écoliers tuberculeux (1 p. 1.000) et la statistique de la mortalité de la tuberculose de l'enfance. Il insiste également sur la prédominance des contagions intra-familiales et précoces. D'après lui, la primo-infection à l'école est extrêmement rare. Le plus souvent, les écoliers présentent des manifestations d'une bacilliose de réinfection. Cette réinfection est favorisée par le surmenage scolaire, par l'excès de travail et l'insuffisance d'aération. Il conseille, pour faire le dépistage, de pratiquer la cuti-réaction, rechercher la contagion familiale et faire la radiographie. Les enfants qui possèdent une cuti-réaction positive et qui sont en contact constant avec des tuberculeux sont justiciables, d'après M. Lestoquoy, des écoles de plein air. Chaque enfant doit également avoir « un carnet de santé » par lequel on se rendra facilement compte de son état pathologique.

M. *Lebroullet* (de Paris) : démontre par des expériences personnelles que la cuti-réaction est positive chez 30 pour 100 des enfants à 6 ans. Elle augmente très faiblement pendant la période scolaire jusqu'à 45 p. 100 et subit une ascension brusque lors de la puberté jusqu'à 75 pour 100. Donc, M. Lebroullet pense que la primo-infection chez les enfants est plus rare que ne le disent les classiques et c'est surtout chez les adolescents, particulièrement à l'âge de la puberté, qu'elle devient la plus fréquente. Parmi les facteurs de sensibilisation à la tuberculose, M. Lebroullet considère le rôle capital que joue l'hypo-alimentation.

M. *Frontali* (de Bologne) : démontre que la mortalité par tuberculose dans le corps enseignant (instituteurs, institutrices) est supérieure à celle du reste de la population. Il insiste également sur la nécessité de la protection des enfants par une inspection médicale obligatoire de tous les écoliers. Cette inspection médicale basera ses diagnostics sur un examen clinique, une cuti-réaction et un examen radiologique. M. Frontali montre que le système d'assu-

rance obligatoire a depuis son application énormément réduit la mortalité du corps enseignant par la tuberculose, car il permet aux instituteurs malades de se soigner. M. Frontali conseille de faire l'extension de cette assurance obligatoire aux écoles privées et de distribuer obligatoirement aux écoliers et aux maîtres des carnets de santé. Ces mesures prophylactiques faciliteront particulièrement la lutte antituberculeuse.

M. Wieland (de Bâle) : s'est occupé beaucoup des « émetteurs de B. K. masqués ». Il résulte de ses expériences personnelles que la plupart des cas positifs concernent des nourrissons. M. Wieland confirme l'impression généralement admise que ces tuberculeux bacillifères qui ne toussent pas, ne sont pratiquement pas contagieux, et il cite des cas où des frères de « ces émetteurs de B. K. masqués » ont conservé une cuti-réaction négative, malgré un contact constant.

M. Oltramare (de Genève) : présente un programme général intéressant de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose scolaire. D'après lui, il faut organiser un service médical scolaire, avoir des fiches médicales individuelles des écoliers et du personnel, assurer une collaboration du personnel médical avec la famille et avec les organismes de dépistage et de cure. Il faut également rechercher et éliminer les sources d'infection massive à l'école : éloigner les écoliers et le personnel malades, lutter avec les contagions extra-scolaires (familiales, etc.). Surveiller l'hygiène à l'école et à la maison. Enfin, M. Oltramare pense que des mesures juridiques doivent être prises donnant au corps médical de l'école la possibilité de dépister les tuberculeux et de soustraire obligatoirement les enfants à des contacts infectants, même familiaux.

M. Kraemser : pense que l'infection minime par des enfants, pauci-bacillaires de façon intermittente, peut avoir un rôle favorable pour les enfants d'âge scolaire, augmentant peut-être leur résistance vis-à-vis de la tuberculose. Par exemple les infections intermittentes et minimales des

écoliers par les « émetteurs de B. K. masqués » peuvent, d'après M. Kraemser, avoir peut-être une action favorable. La contamination, au contraire, par des adultes bacillaires permanents représente une infection massive des faibles organismes des écoliers et constitue un danger grave.

M. Lust (de Bruxelles) : montre qu'en Belgique le ministre de l'Instruction publique a supprimé par décret le surmenage scolaire : il est interdit de donner aux enfants des devoirs à faire le soir, on a augmenté les heures de gymnastique par semaine. M. Lust pense également que dans la lutte antituberculeuse il faut faire jouer un rôle important à l'alimentation. Elle doit être non seulement abondante, mais surtout rationnelle et adaptée. Il montre également la nécessité de développer les colonies de vacances.

M. Marquézy (de Paris) : démontre qu'il est indispensable de pratiquer systématiquement chaque année une cuti-réaction aux écoliers. Il insiste également sur la nécessité du « carnet de santé » sur lequel doivent être notés les épisodes pathologiques de l'enfant, les notions générales sur son développement, les séjours hospitaliers, les vaccinations et cuti-réactions.

Pour M. Clément (de Paris) : l'école représente l'organisme de dépistage et de lutte anti-tuberculeuse. Il insiste sur la discrimination qu'il faut faire entre tuberculisation et tuberculose maladie : cette discrimination est, d'après lui, particulièrement facilitée par la surveillance du poids et les examens cliniques répétés.

M. Armand Delille ayant étudié le rôle important des sujets contagieux sur les écoliers, conseille d'éliminer de tels sujets de tous les établissements infantiles. Il fait remarquer que l'examen des écoliers doit être complet. En effet, il faut différencier chez eux les pseudo-tuberculeux (dyspeptiques, anémiques, hépatiques, etc) de tuberculeux vrais. Egalement il faut savoir que la bacillose peut évoluer chez les enfants sous le masque d'une infection en apparence banale.

RÉFLEXIONS SUR L'UTILITÉ ET LES DANGERS DE LA VACCINATION PAR LE B. C. G.

Une *question* que se pose souvent le médecin-inspecteur, c'est le problème de l'utilité qu'on peut tirer de la vaccination par le B. C. G. Pourra-t-on immuniser les écoliers par le bacille bovin de Calmette et Guérin ? Faut-il systématiquement vacciner les enfants par le B.C.G. ? Est-on sûr que le B.C.G. peut préserver nos écoliers d'une tuberculose évolutive ultérieure ? M. Lestocquoy a observé que chez les enfants vaccinés par B. C. G. donné par voie buccale, la cuti-réaction était négative. Seuls avaient une cuti-réaction positive ceux qui présentaient des lésions pulmonaires tuberculeuses. M. H. Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon, à Paris, cite également un nombre énorme de réactions négatives chez ces enfants vaccinés malgré leur contact avec des parents tuberculeux. La valeur de la vaccination par le B.C.G. est encore très discutable. Très retentissante était la récente observation de Rohmer et Vallette qui concernait un enfant vacciné et revacciné au B.C.G., ayant succombé dans sa deuxième année à une méningite tuberculeuse due au bacille bovin. Cette observation soulève la question de danger possible de la vaccination par le B.C.G., mais elle ne le prouve pas. Avec le Docteur Léon Tixier, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, à Paris, il faut conclure que le B.C.G. doit être appliqué avec prudence puisque, il ne faut pas l'oublier, il s'agit de germes vivants, bien que de virulence atténuée. En façon générale, on peut dire :

A) Que la vaccination est à conseiller dans les familles où les enfants meurent en bas âge de méningite tuberculeuse. Dans celles où le père est atteint de lésions évolutives, dans celles où l'entourage est susceptible d'être porteur de bacilles, dans celles où une maison contaminée est capable, malgré une désinfection énergique, de transmet-

tre la maladie aux petits enfants. Mais, étant donné notre incertitude sur le délai nécessaire au B.C.G. pour conférer l'immunité, étant donné notre incertitude sur la réalité même de cette immunité — nous pensons — que ces enfants doivent être séparés obligatoirement de leur milieu familial et soumis à *une surveillance médicale* dans des établissements spéciaux créés par l'Etat. Cet isolement obligatoire, les mesures hygiéniques et la surveillance médicale continuelle sauveront plus sûrement ces faibles êtres du péril tuberculeux que le B.C.G.

B) La vaccination est à déconseiller dans les milieux sains, tant que les questions de l'innocuité du B.C.G. et de l'efficacité de la prémunition ne seront pas jugées d'une manière définitive du point de vue clinique. En effet, le professeur Lignières disait très justement qu'en ce qui concerne les enfants nés de parents sains et qui vivent en milieu non bacillifère, il n'y a aucune raison sérieuse pour leur faire subir une vaccination dont l'utilité est problématique et qui est susceptible de provoquer chez eux des troubles parfois très sérieux. La vaccination en masse de tous les nouveau-nés est donc inadmissible. Les faits cités par le Docteur Tixier, ceux qui ont été rapportés dans les réunions de pédiatrie par le Professeur Nobécourt, ceux qui sont épars dans la littérature médicale française et étrangère, prouvent que le B.C.G. ne se montre pas toujours inoffensif pour les nouveau-nés sains.

Voilà donc les diverses conceptions de la prophylaxie de la tuberculose telle qu'elle est actuellement envisagée par les maîtres de la médecine française et étrangère. On se rend facilement compte que certains problèmes attirent particulièrement l'attention des médecins dans la prophylaxie moderne de la bacillose. Ils mettent une grande importance sur la cuti-réaction, le rôle du personnel scolaire dans la contamination, le rôle des « émetteurs de bacilles masqués », l'importance du terrain dans la lutte anti-tu-

berculeuse. Donc, pratiquement on peut dire que la prophylaxie moderne de la tuberculose nécessite :

a) une liaison entre l'inspection médicale scolaire et les dispensaires anti-tuberculeux, les hôpitaux et les œuvres de préservation de l'enfance.

b) une surveillance de l'enfant en dehors de l'école : soustraction obligatoire des enfants de contacts infectants, même familiaux.

c) un examen systématique et répété du personnel scolaire.

d) un examen systématique annuel avec cuti-réaction des enfants à l'école et dans les établissements privés, complété par l'examen radiologique et noté sur le carnet sanitaire scolaire.

e) un développement des écoles de plein air, des terrains de jeux, diminution de la durée des heures d'étude et augmentation des exercices de plein air.

f) une surveillance de l'alimentation des écoliers dont l'insuffisance devra être corrigée à l'école par des repas supplémentaires.

IV. — LA LUTTE AVEC LA SYPHILIS SCOLAIRE

La syphilis à l'école se rencontre sous deux formes :

- a) Syphilis héréditaire;
- b) Syphilis acquise.

A. *La syphilis acquise* est contagieuse, particulièrement si l'écopier présente des plaques muqueuses contagieuses. La syphilis acquise chez un écolier peut provenir d'un objet souillé par un syphilitique et qu'il a porté à sa bouche. Egalement on a noté, particulièrement par les médecins-inspecteurs des écoles de Berlin, des cas de syphilis acquise des écoliers violés. L'enfant contaminé devient un danger pour ses camarades et doit être éliminé de l'école et traité.

B. *La syphilis héréditaire* avec ses accidents tardifs s'observe souvent à l'école. Beaucoup d'enfants arriérés qu'on observe aux lycées sont des hérédosyphilitiques, qu'on est capable de transformer radicalement par un peu de mercure ou d'arsenic. Le médecin-inspecteur doit systématiquement consulter ces élèves arriérés qui restent des années sans faire des progrès et tombent de plus en plus bas. Un examen clinique et un Wasserman doivent être pratiqués. Assez souvent on voit chez ces enfants qu'à l'arriération s'ajoute l'indiscipline. Excité par le spirochète, le petit écolier peut présenter des impulsions mégalomaniaques et un besoin irrésistible de se distinguer. Les administrateurs et les professeurs de l'école sont incapables de comprendre l'état pathologique du pauvre enfant et mettent tous les symptômes sur le compte de l'indiscipline. Chez les autres enfants hérédosyphilitiques, on peut parfois voir des manifestations de confusion mentale et même

des associations d'idées démentiellles. Parfois l'hérédosyphilitique se présente sous forme d'un enfant triste, conscient de sa déchéance psychique et se rendant compte qu'il tombe de plus en plus bas et que son intelligence disparaît graduellement. On a l'impression qu'il soupçonne son état pathologique et qu'il implore un secours. Il est bien évident que tout écolier en progrès rétrograde n'est pas nécessairement un hérédosyphilitique. Nous insistons uniquement, lorsque le médecin-inspecteur de l'école soupçonne cette affection chez un écolier arriéré psychiquement, pour qu'il confirme ses simples impressions par un examen clinique et un Wasserman. Les administrateurs et les professeurs de l'école doivent signaler au médecin ces élèves gênés par un état psychique particulier dans leur travail, et c'est le médecin qui décidera de la méthode thérapeutique qu'il faut appliquer. Mais l'obstacle le plus important pour l'application du traitement est le plus souvent la famille de l'enfant. Il est le plus souvent impossible d'expliquer aux parents que leur fils avec des dents d'Hutchinson classiques est un hérédosyphilitique et que son traitement réclame du mercure et de l'arsenic. Les médecins faisant aux familles la révélation de syphilis héréditaire risquent d'être mal accueillis. *Même preuves en mains*, le médecin est le plus souvent incapable de faire prendre à la famille la décision de traiter l'enfant malade. Nous pensons donc qu'il faut faire d'abord l'éducation du public, lui expliquer que l'unique voie de salut pour les hérédosyphilitiques consiste dans un traitement antisiphilitique. Le médecin doit avoir le droit de traiter les hérédosyphilitiques *même contre la volonté de la famille*. En effet, c'est impossible de compter sur l'initiative des parents, ni sur leur appui effectif, car dans la plupart des cas ils sont incapables de juger sur l'efficacité ou la nécessité d'un traitement spécifique. Uniquement dans les cas où les symptômes fonctionnels et physiques d'un hérédosyphilitique sont très accentués (céphalées atroces, tibiae en sabre, etc.) les parents se décident à marcher avec la proposition du médecin et de permettre à appliquer

un traitement antisypilitique. Le médecin, pour faire un traitement spécifique, doit donc compter avec cette insuffisance d'éducation du public actuel. Il ne doit pas dans tous les cas appliquer le grand traitement stérilisant moderne arsenical, qui exige des injections, provoque des réactions, oblige à prendre des précautions et doit être médicalement surveillé. Les indiscretions qui en résultent, vu le bavardage des enfants, sont inévitables. Quand il juge qu'un traitement mercuriel simple, discret, donné par la voie buccale, est capable d'améliorer l'état intellectuel de ces pauvres hérédos, il doit en faire usage. Mais cette question, si le traitement par le mercure et l'iodure suffit, est difficile à résoudre. Cela dépend de la forme clinique de l'hérédo-spécificité devant laquelle on se trouve. En général, on peut dire qu'étant donné le manque d'éducation correspondante du côté du public actuel et l'impossibilité pour le médecin d'obliger les hérédos à un traitement jugé par lui utile, qu'il faut souvent recourir au traitement mercuriel et ioduré qui est le mieux supporté et provoque le plus rarement des accidents réactionnels. Le professeur F. Gidon cite des observations où, par un traitement à l'Elixir Déret à l'iodure double de tanin et de mercure, il a constaté chez les hérédos un réveil de l'intelligence et une amélioration des accidents douloureux et dystrophiques. Il a présenté ce médicament aux parents comme un tonique et a dissimulé la véritable cause de son emploi, c'est-à-dire comme antisypilitique. Dans les autres observations le professeur Gidon décrit les résultats d'amélioration qu'il a obtenus par un traitement associé mercuriel et arsenical chez les hérédos qui présentaient des dystrophies osseuses, des douleurs des os, une inappétence, une inertie et tristesse continue. Donc, l'avantage indiscutable du traitement mercuriel et ioduré est qu'il permet l'institution d'un traitement discret acceptable à la fois par les jeunes malades et par leurs parents. *En résumé* : Toutes les fois que le professeur ou l'administrateur de l'école trouve un enfant qui présente manifestement des symp-

tômes d'ariération mentale ou des symptômes dystrophiques cliniquement évidents, il a le devoir de présenter l'enfant au médecin scolaire. Celui-ci doit alors pratiquer un examen clinique et sérologique permettant de faire le diagnostic d'hérédo-spécificité. Si cet examen est positif, un traitement antisypilitique doit être pratiqué, même contre la volonté des parents. Mais malheureusement il n'existe pas une loi permettant au médecin d'obliger les hérédo-spécifiques de se soigner. Donc, si le médecin pense qu'il rencontrera un obstacle du côté des parents de l'enfant, il doit commencer par un traitement dissimulé mercuriel ou ioduré et, après s'être assuré la confiance des parents, appliquer un traitement arsenical, s'il le juge nécessaire. Nous répétons que l'éducation correspondante du public facilitera singulièrement aux médecins la lutte contre la syphilis héréditaire. On éliminera en cette façon des classes une proportion inquiétante d'anormaux éteints ou agités, persécutés ou persécuteurs qui suppriment tout entrain dans le travail et toute curiosité chez les enfants sains. En effet, ces hérédo-sypilitiques possèdent une action déprimante et contagieuse sur les écoliers sains. Ces élèves rétrogrades qui constituent ce que le public appelle « la queue de classe » empêchent tous les exercices scolaires. Donc, nous pensons que les hérédos doivent être éliminés des écoles et obligatoirement traités. L'état actuel de tolérance des hérédos aux écoles est déplorable.

CONCLUSION

I. — Le rôle principal de l'inspection médicale scolaire est la prévention. Cette prévention doit être le résultat d'une soigneuse interprétation de la feuille de poids, de taille et de la spirométrie. Quand la prévention est inefficace, elle cède sa place au dépistage et au diagnostic. Celui-ci est le résultat d'un examen clinique et radiologique répété.

II. — La prophylaxie classique de la rougeole, scarlatine, coqueluche, doit être complétée par la séro-prophylaxie, et pour la diphtérie par la vaccination avec l'anatoxine de Ramon. Des modifications importantes ont été réalisées dernièrement dans la technique des injections de l'anatoxine et par les vaccinations associées.

III. — La prophylaxie de la tuberculose demande une liaison entre l'inspection médicale scolaire et les dispensaires antituberculeux, les hôpitaux et les œuvres de préservations de l'enfance. Une surveillance de l'enfant en dehors de l'école. Un examen systématique et répété du personnel scolaire. Un examen systématique annuel avec cuti-réaction des enfants à l'école et dans les établissements privés, complété par l'examen radiologique et noté sur le carnet sanitaire scolaire. Un développement des écoles de plein air, des terrains de jeux, diminution de la durée des heures d'étude et augmentation des exercices de plein air. Une surveillance de l'alimentation des écoliers dont l'insuffisance doit être corrigée à l'école par des repas supplémentaires.

IV. — Un écolier qui présente des symptômes cliniques et sérologiques de spécificité acquise ou héréditaire doit être éliminé de l'école et être soumis à un traitement antisyphilitique.

Vu : Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu : Le Président,

L. TANON.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Léon TIXIER. — Considérations sur la vaccination du nourrisson par le B.C.G. : *Monde Médical*, 15 octobre 1935.

Professeur DUVERNOY. — « De minimis non curat praetor » ou du rôle de la prévention et du dépistage dans l'inspection médicale des écoles : *Concours médical*, 18 mars 1936.

Pierre SÉE. — Les mesures préventives contre quelques maladies scolaires : *Les annales de l'enfance*, N° 83, avril 1935.

J. NOIR. — Coqueluche, diphtérie, rougeole (Prophylaxie scolaire) : *Concours médical*, N° 45, 7 novembre 1926.

J.-H. TUNTIER. — Prévention de la tuberculose à l'école. Etude strictement limitée à l'âge scolaire : Rapport à la V^e Conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive. *Presse médicale*, N° 88, 2 nov. 1935.

GIDON. — Remarques sur la syphilis scolaire : *Annales des laboratoires Clin*, Paris, 1926.

L. DUFESTEL. — Le rôle des médecins spécialistes dans les examens des écoliers : *Pédiatrie*, février 1936.

MARTIN et BROUARDEL. — Hygiène scolaire (Tome VI du traité d'hygiène). Maloine, édit., Paris, 1931.

D^r L. DUFESTEL. — Hygiène scolaire : Paris, 1933.

D^r CAVAILLON. — Armement antivénérien en France.

J. NOIR. — La prophylaxie des maladies infectieuses dans les écoles : *Concours médical*, 22 octobre 1930.

H. STEVENIN. — La médecine infantile : *Monde Médical*, 1^{er}-15 mars 1937.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	11
I. — Conception actuelle de la prévention, du dépistage et du diagnostic dans l'inspection scolaire	17
II. — La prophylaxie classique et moderne des principales maladies contagieuses à l'âge scolaire	20
III. — La conception actuelle de la prophylaxie de la tuberculose	29
IV. — La lutte avec la syphilis scolaire	40
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47

